
S 9 KR 1582/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 KR 1582/16
Datum	26.02.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 212/18
Datum	17.01.2019

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.02.2018 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. Der Streitwert wird auf 15.609,36 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Frage, ob der Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung ein Leistungserbringerverbot entgegensteht.

Die Klägerin ist Trägerin eines nach [§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassenen Krankenhauses. In den Jahren 2011 bis 2015 führte sie – in der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, maßgeblich durch den (damaligen) Chefarzt Herrn Prof. Dr. L (bis zum 31.12.2017) und die Oberärzte Dr. P und Dr. X – wie folgt komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas durch: 2010 (17); 2011 (14); 2012 (13); 2013 (19); 2014 (19); 2015 (6).

Die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen (vdek) in Nordrhein-Westfalen (NRW) teilten der Klägerin (mit Schreiben vom 18.02.2016) erstmalig mit, dass eine Prognoseüberprüfung des Krankenhauses auf die Erfüllung

der Anforderungen der Mindestmengenregelungen nach dem SGB V i.V.m. den Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Mm-R) auf Basis der Maßstäbe der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 14.10.2014, [B 1 KR 33/13 R](#); Urteil vom 27.11.2014, [B 3 KR 1/13 R](#); Urteil vom 17.11.2015, [B 1 KR 15/15 R](#), je juris) u.a. für den Bereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" im Kalenderjahr 2016 ergeben habe, dass diese zu verneinen sei. Mit Ausnahme von in jedem Einzelfall zu begründenden Notfällen unterliege die Klägerin daher einem Leistungserbringerverbot gemäß [§ 136b Abs. 4 S. 1 SGB V](#).

Hiergegen wandte die Klägerin (mit Schreiben vom 08.03.2016) ein, dass sie die Anforderungen der Mindestmengenregelungen im streitigen Bereich für das Kalenderjahr 2016 erfülle. Nach § 5 der Mm-R i.V.m. [§ 137 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) (a.F.) dürften ab dem Jahr des Inkrafttretens der entsprechenden Mindestmenge entsprechende Leistungen nicht erbracht werden, wenn die erforderliche Mindestmenge voraussichtlich nicht erbracht werde. Danach sei auf die voraussichtlich zu erbringende Fallzahl im Kalenderjahr abzustellen. Soweit die Interessenverbände ihre Prognoseprüfung auf die im abgelaufenen Kalenderjahr 2015 nicht erreichte Fallzahl von 10 Leistungen stützten, griffe dies zu kurz. Die Leistungen des Vorjahres stellten lediglich ein starkes Indiz für die Leistungsentwicklung im laufenden Jahr dar, seien aber nicht allein ausschlaggebend, da man ansonsten nicht mehr von einer Prognose sprechen könnte. Zu berücksichtigen seien vielmehr weitere objektive Kriterien wie beispielsweise eine Zeitreihendarstellung der Leistungsentwicklung in den letzten Jahren oder die Darstellung besonderer Einzelfälle. Der Gesetzgeber habe in der Begründung zu [§ 136b Abs. 4 SGB V](#) (vgl. [BT-Drs. 18/5372, S. 86/87](#)) ausführlich erläutert, dass nach S. 3 der Regelung die Prognosekompetenz grundsätzlich beim Krankenhaussträger liege, da nur dieser über die Gesamtheit der Informationen verfüge, die zu einer Beurteilung der zukünftigen Leistungsbeurteilung notwendig sei. Durch Abstellen auf die prospektive Leistungsentwicklung solle der Anreiz einer Indikationsausweitung im laufenden Kalenderjahr von vornherein ausgeschlossen werden. Die Klägerin habe die Mindestmengen seit 2010 bis auf das relevante Vorjahr 2015 regelmäßig deutlich überschritten; die Unterschreitung 2015 gründe sich auf Einzelfälle: Unstreitig erbracht seien 6 Leistungen, bei 4 weiteren Patienten sei intraoperativ festgestellt worden, dass aufgrund des weit fortgeschrittenen Befundes ein komplexer Eingriff unter medizinischen Aspekten nicht mehr vertretbar sei und daher eine palliative Behandlung vorgezogen worden, jede andere Beurteilung hätte zu der vom Gesetzgeber gerade nicht erwünschten Indikationsausweitung geführt. In zwei weiteren Fällen sei der komplexe Pankreaseingriff von den Patienten abgelehnt worden. Somit seien für 2015 insgesamt 12 Leistungen geplant gewesen. Weiterhin sei zu berücksichtigen, dass in den ersten beiden Kalendermonaten des Jahres bereits 4 Fälle behandelt worden seien, so dass eine Hochrechnung auf dieser Basis ebenfalls zu einer Fallzahl von über 10 Fällen im Leistungsbereich führen würde. Sie gehe daher davon aus, dass sie die betreffenden Leistungen weiter erbringen und abrechnen dürfe.

Die Landesverbände der Krankenkassen und der vdek haben (mit Schreiben vom 24.03.2016) erwidert, dass der mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) neu

formulierte [§ 136b SGB V](#) zu den Mindestmengenregelungen am 01.01.2016 in Kraft getreten sei, so dass die in Abs. 4 S. 3 ff. aufgeführten neuen Bestimmungen zur Prognoseentscheidung nach dem Wortlaut der Regelung erstmals für das Kalenderjahr 2017 als gesetzgeberisch relevantes "nächstes" Kalenderjahr greifen könnten; das Nähere zur Darlegung der Prognose gemäß S. 3 habe zudem der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) durch Beschluss zu regeln. Für 2016 sei indes auf Grundlage der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 17.11.2015, [a.a.O.](#), Rn. 10) auf das abgelaufene Kalenderjahr abzustellen: Werde die maßgebliche Mindestmenge dort nicht erreicht, sei das Krankenhaus infolge negativer Prognose für das Folgejahr von der weiteren Leistungserbringung ausgeschlossen. In 2015 habe die Klägerin nur 6 Pankreaseingriffe erbracht, so dass die maßgebliche Mindestmenge von 10 Eingriffen unterschritten wurde und nach dem BSG für 2016 eine negative Prognose zu treffen sei.

Die Klägerin replizierte (mit Schreiben vom 25.07.2016), dass auch nach [§ 137 Abs. 3 SGB V](#) a.F. kein Automatismus dergestalt gelte, dass bereits bei Nichterreichen der Mindestmenge in einem Jahr die zu stellende Prognose für das Folgejahr zwingend negativ ausfallen müsse. So stelle das BSG in seinem Beschluss vom 08.08.2013 ([B 3 KR 17/12 R](#), juris) darauf ab, dass das Leistungserbringungsverbot erst dann eingreife, "wenn diese Mindestmenge nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre voraussichtlich auch künftig nicht" erreicht werden könne. Ähnlich fordere das LSG Berlin-Brandenburg in seinem Urteil vom 16.01.2015 ([L 1 KR 258/12 KL](#)), dass die geforderte Prognose, die Mindestmenge werde voraussichtlich nicht erreicht, erst greife, wenn eine valide Einschätzung auf der Grundlage eines hinreichend langen Zeitraums möglich sei. Ferner stelle die Mindestmengenregelung einen Eingriff in die Berufsfreiheit der praktizierenden Ärzte dar. Dies erfordere eine restriktive Auslegung in dem Sinne, dass auch die der Mindestmenge stets genügenden Vorjahre in die Beurteilung mit einzubeziehen und die bereits dargelegten Ausnahmegründe für die Unterschreitung in 2015 zu berücksichtigen seien. Schließlich solle durch die Mindestmengen sichergestellt werden, dass die für den Leistungserbringer tätigen Ärzte über die notwendige Erfahrung verfügten, die komplexen Eingriffe in der gebotenen Qualität durchzuführen. Daran könnten aufgrund der Leistungshistorie der Klägerin keine Zweifel bestehen. Die seit Jahren mit den Pankreas-Eingriffen praktisch betrauten selben Ärzte hielten sich durch Fortbildungen auch stets auf dem aktuellen theoretischen Wissensstand.

Die Landesverbände der KKen und der vdek verblieben (mit Schreiben vom 02.08.2016) bei ihrer rechtlichen Einschätzung. Die von der Klägerin genutzten Prognosegrundlagen entsprächen nicht den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Nach Anlage 2 der Mm-R könnten auch unter kurativer Intention begonnene und palliativ beendete Eingriffe berücksichtigt werden, wenn auch nach der jeweils aktuellen Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) der die Mindestmenge betreffende OPS-Code zu verwenden sei. Dies sei im Hinblick auf die von der Klägerin angeführten 4 abgebrochenen Behandlungen nicht der Fall gewesen.

Konkreter Anlass für die Frage des Bestehens eines Leistungserbringerverbotes

wurde die in der Zeit vom 07.04.2016 bis 10.05.2016 erfolgte stationäre Behandlung der bei der Beklagten Versicherten Q (im Folgenden: die Versicherte) durch die Klägerin u.a. wegen (vgl. Entlassungsbericht vom 06.05.2016) der unstreitigen Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung eines Adenokarzinoms am Pankreaskopf (ICD-Kode: C25.0), das sie im Wege einer geplanten Teilresektion des Bauchspeicheldrüsenkopfes entfernte (OPS-Kode: 5-524.2). Für diese Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten mit Schreiben vom 15.06.2016 unter Zugrundelegung der "Diagnosis related groups (DRG)" H01B ("Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung) 392/368 - Aufwandspunkte") insgesamt EUR 15.682,88 in Rechnung.

Die Beklagte verweigerte die Begleichung der Rechnung (durch Schreiben vom 27.06.2016) mit der Begründung, der durchgeführte Eingriff unterliege den Anforderungen der Mindestmengenregelung nach dem SGB V, die die Klägerin im Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" für das Kalenderjahr 2016 nicht erfülle, so dass sie diese Leistungen lediglich bei im Einzelfall begründeten Notfällen erbringen dürfe; aufgrund der vorliegenden Unterlagen sei von einem solchen Notfall nicht auszugehen.

Die Klägerin entgegnete (mit Schreiben vom 02.12.2016), ein Notfall möge zwar nicht vorgelegen haben, darauf komme es jedoch auch nicht an, da sie die Anforderungen an die Mindestmengenregelung für Pankreas-Eingriffe erfülle. Sie verweise diesbezüglich auf ihre Schreiben vom 08.03.2016 und 25.07.2016 an die Krankenkassenverbände.

Die Beklagte teilte dagegen (mit Schreiben vom 09.12.2016) mit, dass sie sich der Einschätzung der Krankenkassenverbände vollumfänglich anschließe und daher dabei bleibe, dass die Klägerin die Anforderungen der Mindestmengenregelungen des SGB V in 2016 verfehlt habe.

Mit ihrer am 22.12.2016 vor dem Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhobenen Klage hat die Klägerin ihren Vergütungsanspruch aus dem hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen im Übrigen unstreitigen Behandlungsfall Q weiter verfolgt und unter Verweis auf ihre ausführliche vorgerichtliche Korrespondenz mit den Krankenkassenverbänden begründet. Die Indizwirkung der Vorjahreszahlen werde durch die bereits dargelegte Sondersituation mit den abgebrochenen Behandlungen in 2015 entkräftet und die die Mindestmenvorgaben bis dahin unproblematisch erreichenden weiteren Jahre rückwirkend bis 2010 widerlegt. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Qualitätssicherung gebiete eine Berücksichtigung der Fallzahlen der Vorjahre. Anderenfalls würden Leistungseinsteiger mit Fallzahlen in Höhe der Mindestmenge gegenüber erfahrenen Krankenhäusern mit überdurchschnittlichen Fallzahlen und einem einzelnen "Ausreißerjahr" privilegiert.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin EUR 15.609,36 nebst Zinsen in Höhe von 2

Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.12.2016 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Dem geltend gemachten Vergütungsanspruch stehe entgegen, dass die Klägerin im Jahr 2016 nicht berechtigt gewesen sei, Pankreas-Operationen zu erbringen. Rechtsgrundlage zur Beurteilung des vorliegenden Streitgegenstandes sei [§ 137 SGB V](#) in seiner bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung mit dem zu dieser Zeit gültigen Prognosemaßstab. Das neue Recht sei hingegen erst mit dem KHSG vom 10.12.2015 ([BGBl. I, S. 2229](#)) eingeführt und zum 01.01.2016 in Kraft getreten. Daraus, dass [§ 136b Abs. 4 SGB V](#) n.F. regelt, dass der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der KK und dem vdek jährlich darlegen müsse, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose), könne man nur schließen, dass die neuen Bestimmungen erst ab dem Kalenderjahr 2017 griffen, da es sich hierbei um das nächste Kalenderjahr handle. Auch der nach [§ 136b Abs. 4 S. 5 SGB V](#) erforderliche Beschluss des GBA könne erst im Laufe des Jahres 2016 mit Wirkung ab 2017 getroffen werden. Für die bisherige Rechtslage bleibe es indes dabei, dass nach [§ 137 Abs. 3 SGB V](#) a.F. und der hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung die Prognoseentscheidung für das kommende Kalenderjahr zum Abschluss des aktuellen Kalenderjahres zu treffen sei. Hätte der Gesetzgeber eine Anwendung seines mit dem [§ 136b Abs. 4 SGB V](#) n.F. geänderten Prognosemaßstabs bereits für das Kalenderjahr 2016 gewollt, hätte er in Kenntnis des [§ 137 Abs. 3 SGB V](#) innewohnenden Prospektivitätsgrundsatzes – ähnlich wie bei den Bestimmungen zum Pflegestellen-Förderprogramm in § 4 Abs. 8 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und zur Fortsetzung der Konvergenz der Landesbasisfallwerte in [§ 10 Abs. 8 KHEntgG](#) – einen früheren Zeitpunkt des Inkrafttretens gewählt. Diese Sichtweise hätten bisher das SG Aachen mit Beschluss vom 13.09.2016, S 15 KR 151/16 ER, das SG Duisburg mit Beschluss vom 25.09.2015, S 50 KR 167/15 ER, das SG Köln mit Beschluss vom 31.03.2016, S 34 KR 1063/15 ER und der 11. Senat des LSG NRW in einem Hinweisschreiben vom 02.12.2016 zum Verfahren L 11 KR 755/16 B ER bestätigt. Sie stehe auch im Einklang mit Sinn und Zweck der Mindestmengenregelung: Der Katalog planbarer Leistungen, für die Mindestmengen festzulegen seien, enthalte ausschließlich Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig sei (vgl. [§ 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) a.F. sowie § 1 Nr. 1 der Mindestmengenregelung des GBA). Die Vorgabe von Mindestmengen sei am Nutzen für den Patienten orientiert und verfolge insbesondere das Ziel, ihm eine angemessene Versorgungsqualität zu gewährleisten sowie das Versorgungsniveau kontinuierlich zu verbessern, ohne dass die flächendeckende Versorgung gefährdet werde (vgl. § 2 der Mm-R). Im Mindestmengenkatalog seien für alle in Betracht kommenden Leistungsbereiche Mindestmengen pro Krankenhaus festgelegt. Während es bei der Festlegung einer Mindestmenge je Arzt allein auf die Erfahrung und Routine des die OP durchführenden Arztes ankomme, greife die Festlegung der Mindestmenge pro Krankenhaus weiter: Hier werde die Routine des am gesamten Behandlungsprozess

teilnehmenden Krankenhauspersonals als wesentlich erachtet. Zudem solle gewährleistet werden, dass in bestimmtem Umfang auch wichtige Begleitleistungen vorgehalten würden. Das BSG (Urteile vom 14.10.2014, [a.a.O.](#), Rn. 62 und vom 17.11.2015, Rn. 40, a.a.O.) betone stets den Vorrang des Patientenschutzes vor dem Erwerbsschutz der Krankenhäuser und das Gebot der Risikominimierung. Dies erfordere eine kontinuierliche und fortlaufende Beübung und verdeutliche, dass eine Abweichung von den vorgeschriebenen Mindestmengen nur in Ausnahmefällen in Betracht kommen könne (vgl. BSG, Urteil vom 17.11.2015, [a.a.O.](#), Rn. 39 und 41). Deswegen stelle das BSG (Urteil vom 14.10.2014, [a.a.O.](#), Rn. 38, 52 ff.; Urteil vom 27.11.2014, [a.a.O.](#), Rn. 42 ff; Urteil vom 17.11.2015, [a.a.O.](#), Rn. 10/39) im Rahmen der Prognose, ob ein Krankenhaus die erforderliche Mindestmenge im kommenden Jahr erreichen werde, nach- und ausdrücklich darauf ab, dass das Krankenhaus die Mindestmenge im zuvor abgelaufenen Kalenderjahr erreicht habe. Der hierdurch erfolgende Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit von Krankenhäusern sei durch Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt. Auf Grundlage dieser Vorgaben könne nur festgestellt werden, dass die Klägerin die erforderliche Mindestmenge in 2015 nicht erreicht habe, so dass es an einer positiven Prognose zum Erreichen der Mindestmenge für 2016 fehle. Sie habe bereits vorgerichtlich dargelegt, dass die von der Klägerin als Sonderfall deklarierten 4 abgebrochenen Behandlungsfälle im Rahmen der Mindestmengenregelung nicht berücksichtigt werden könnten, weil dort kein in Nr. 4 der Anlage 1 der Mm-R aufgeführter OPS-Code zu kodieren sei. Es habe auch keine Notfallbehandlung im Sinne von Anlage 2 Nr. 1 der Mm-R vorgelegen.

Die Klägerin hat (mit Schriftsätzen vom 05.04.2017 und 14.08.2017) erwidert, es handele sich um einen Sonderfall, auf den die von der Beklagten zitierten Grundsätze keine Anwendung fänden. Die Klägerin habe die erforderlichen Mindestmengen mit einem hochspezialisierten Behandlungsteam über einen Zeitraum von 7 Jahren 6 mal übererfüllt und lediglich einmal unterschritten. In dem Fall, der dem Urteil des BSG vom 14.10.2014 ([a.a.O.](#)) zu Grunde liege, habe das klagende Krankenhaus die für Knie-TEP festgelegte Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Krankenhaus und Jahr zwei Jahre in Folge (2004 und 2005) bei insgesamt rückläufiger Tendenz aufgrund einer Bündelung von Leistungen im Schwesternkrankenhaus deutlich unterschritten. In dem dem Urteil vom 27.11.2014 ([a.a.O.](#)) zu Grunde liegenden Fall habe das Krankenhaus in den ersten zwei Jahren jeweils nur 7 und in dem Jahr vor dem streitgegenständlichen lediglich 27 Knieprothesenversorgungen vorgenommen. Diese Fälle seien daher nicht mit dem vorliegenden Sonderfall zu vergleichen, dessen Subsumtion unter die strikte Anwendung der Vorjahresregel zu einer besonderen Härte führen würde. Eine stereotype Anwendung hätte auch zur Folge, dass Einrichtungen, die der Gesetzgeber ausdrücklich für die Leistungserbringung vorsehen wollte, bereits nach einem Jahr Unterschreitung von der Leistungserbringung ausgeschlossen würden, hoch spezialisierte Ärzte müssten entlassen, die eigens geschaffene Infrastruktur preisgegeben werden. So gravierende Folgen könnten nur auf eine fundiertere und umfassendere Betrachtung gestützt werden. Auch würde die Qualitätssicherung geradezu ad absurdum geführt, wenn die ethisch gebotene Entscheidung einer palliativen Weiterbehandlung wirtschaftlich derartige Konsequenzen habe. Die von der Beklagten zitierten Eilfälle seien ebenfalls nicht vergleichbar. Zwar sei hier die

erforderliche Mindestmenge auch nur jeweils ein Jahr unterschritten worden, jedoch sei der Rückgang der Fälle parallel zum Weggang der bisherigen Behandler und damit der zu gewährleistenden Expertise erfolgt. Die Beklagte gehe schließlich auch fehl in der Annahme, die Ausnahmetatbestände, bei denen trotz negativer Prognose Leistungen weiter erbracht werden dürfen, seien abschließend in Anlage 1 und Anlage 2 zur Mm-R aufgeführt. In einer Zusatzbemerkung zur Anlage 2 heiße es ausdrücklich: "Die Vertragspartner seien sich einig, dass Mindestmengen Zahlen keinen abschließenden Aufschluss über Qualitätsstandards geben, sondern dass weitere Parameter zu etablieren und evaluieren sind". Auch § 6 der Mm-R nehme auf Ausnahmetatbestände Bezug ohne diese auf die Anlagen zu beschränken.

Auf Nachfrage des SG hat die Klägerin (mit Schriftsatz vom 29.08.2017) klargestellt, dass sie in 2016 am Ende insgesamt 19 Pankreas-Operationen zur Abrechnung gebracht habe, die mit Ausnahme von insgesamt 4 Fällen von Versicherten der Beklagten und eines Falles der Techniker Krankenkasse vollständig bezahlt worden seien; parallele Klageverfahren würden nicht geführt (vgl. auch Sitzungsniederschrift vom 17.01.2019). Für das Jahr 2017 hätten die Krankenkassenverbände (vgl. Schreiben vom 09.01.2017 und 24.01.2017) der Leistungserbringung im Bereich Pankreas-Eingriffe (wieder) zugestimmt.

Durch Urteil vom 26.02.2018 hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte antragsgemäß verurteilt. Auf der Grundlage des mit Wirkung zum 01.01.2016 in Kraft getretenen [§ 136b Abs. 4 S. 1 SGB V](#) in der Fassung vom 10.12.2015 (im Folgenden: n.F.) dürften Leistungen nur dann nicht bewirkt werden, wenn die nach Abs. 1 S. 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge planbarer Leistungen voraussichtlich nicht erreicht werde. Hierzu regelt [§ 136 b Abs. 4 S. 3 SGB V](#) (n.F.), dass der Krankenhausträger für die Zulässigkeit der Leistungserbringung gegenüber den Krankenkassenverbänden jährlich darlegen müsse, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht werde (Prognose). Nach S. 4 liege eine berechnete mengenmäßige Erwartung in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht habe. Im vorliegenden Fall habe die Klägerin die durch die Unterschreitung der Mindestmenge in 2015 ausgelöste Regelvermutung widerlegt, indem sie überzeugend dargelegt habe, dass unter Berücksichtigung sämtlicher Erkenntnisquellen für das Jahr 2016 die berechnete Erwartung des voraussichtlichen Erreichens der Mindestmenge bestand. Die ursprünglich geplanten 12 Fälle seien durch eine nie dagewesene Häufung von Abbrüchen zum Wohle des Patienten unverhofft dezimiert worden. Anhaltspunkte dafür, dass sich dies in 2016 wiederholen könnte, hätten nicht vorgelegen. Auf die Vorgängernorm zum selben Regelungsgegenstand, den [§ 137 Abs. 3 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung, der keine nähere Konkretisierung des Merkmals "voraussichtlich" enthalten habe und vom BSG entsprechend den Darlegungen der Beklagten ausgelegt worden sei, könne sich die Beklagte dagegen nicht stützen, da [§ 137 SGB V](#) seit dem 01.01.2016 nicht mehr existiere. Auch habe der Gesetzgeber keine Übergangsnorm geschaffen, so dass allein [§ 136b SGB V](#) n.F. zum Tragen komme. Dass im ersten Jahr der Anwendung des neuen Rechts die zu treffende

Prognose erst Anfang des fraglichen Jahres und nicht bereits mit Ablauf des vorausgegangenen Jahres getroffen werden könne, sei im Wege einer teleologischen Auslegung hinzunehmen, führe jedoch nicht zu einer Änderung der zeitlichen Geltung der Norm. Aus diesem Grunde sei auch die bisherige Rechtsprechung des BSG nicht heranzuziehen. Dem vorausgegangenen Jahr komme nach der neuen zum 01.01.2018 in Kraft getretenen Mm-R vom 17.11.2017 ohnehin nur noch eine untergeordnete Bedeutung zu, weil es dort als sog. laufendes Jahr nur noch mit zwei Quartalen in die Prognose einfließe und damit nur eines von vielen Begründungselementen darstelle (vgl. § 4 Abs. 2 Mm-R n.F.). Über das Leistungserbringungsverbot hinausgehende Einwände gegen die geltend gemachte Vergütung seien weder geltend gemacht noch ersichtlich. Der Zinsanspruch folge aus [§§ 291, 288 Abs. 1 S. 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Die Klage sei am 22.12.2016 bei Gericht eingegangen. Die Klägerin habe den Anspruch "zulässiger Weise auf zwei Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz begrenzt".

Die Beklagte hat gegen das Urteil (mit Schriftsatz vom 27.03.2018) Berufung eingelegt. Sowohl die Rechtsgrundlage als auch das Ergebnis der erstinstanzlichen Entscheidung seien rechtswidrig. Nach ihrer Auffassung könne [§ 136b SGB V](#) n.F. nicht herangezogen werden, vielmehr unterliege der Fall noch [§ 137 SGB V](#) a.F. und der hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung. Danach seien jedoch die Unterschreitung der Mindestmenge in 2015 und die hieran anknüpfende prospektive Prognose aus ex-ante-Sicht streitentscheidend und lösten das Leistungserbringerverbot aus. Entgegen der Einschätzung des SG könne und müsse die Prognose in 2015 getroffen werden, damit ein Leistungserbringerrecht überhaupt entstehen konnte. Eine Prognose zu Beginn des fraglichen Kalenderjahres sei gesetzgeberisch nicht bekannt oder gewollt. Die Rechtsauffassung der Beklagten werde geteilt durch das SG Aachen im Urteil vom 06.03.2018, [S 14 KR 207/17](#) (unter Bezugnahme auf den bereits zitierten Beschluss im Eilverfahren S 15 KR 151/16 ER). Das Außerkrafttreten des [§ 137 SGB V](#) a.F. schade nicht, es handele sich insoweit um eine unechte Nachwirkung einer Rechtsnorm.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.02.2018 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, das erstinstanzliche Urteil sei rechtsfehlerfrei ergangen. Allein aus dem Umstand, dass die ab dem 01.01.2016 zu befolgenden Regelungen zu den Mindestmengen eine Prognose für das Folgejahr enthielten, könne nicht geschlossen werden, dass auf die nicht mehr gültige Rechtslage abzustellen sei, zumal es an einer Übergangsregelung fehle. Dies gelte insbesondere vor dem Hintergrund, dass die abschließende Entscheidung über die Prognose vorliegend faktisch erst im Jahr der Leistungserbringung getroffen worden sei. Ein Verbot der

Prognose im fraglichen Leistungsjahr lasse sich weder dem alten noch dem neuen Recht entnehmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere fristgerechte Berufung der Beklagten ist unbegründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung der streitigen Vergütungsforderung aus dem Behandlungsfall Q einschließlich Prozesszinsen verurteilt.

I. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Bei einer auf Zahlung der Vergütung für die Behandlung von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (ständige Rsprg., vgl. nur BSG, Urteil vom 17.12.2013, [B 1 KR 70/12 R](#), Rn. 8, juris m.w.N). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

II. Die Klage ist auch begründet. Der Klägerin steht die geltend gemachte Vergütung aus dem Behandlungsfall Q zu.

1. Die Vergütung für die Behandlung Versicherter im Jahr 2016 bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen (FPV) für das Behandlungsjahr 2016) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog (hier: der G-DRG-Version 2016) einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG](#) (BSG, Urteil vom 10.03.2015, [B 1 KR 2/15 R](#), [BSGE 118, 155-164](#), SozR 4-2500 § 39 Nr. 23, Rn. 13). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung von Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der seit dem 01.01.1997 geltende Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) und der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vom 01.07.1991 (KÜV).

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht, unabhängig von einer Kostenzusage, unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (st. Rsprg., vergleiche BSG, Urteil vom 17.12.2013, [B 1 KR 70/12 R](#), juris; Urteil vom 10.03.2015, [B 1 KR 2/15 R](#), [BSGE 118, 155-164](#), SozR 4-2500 § 39 Nr. 23, Rn. 11, je m.w.N.). Eine Versorgung von Patienten außerhalb des Versorgungsauftrags, ohne dass ein Notfall vorliegt, ist nicht zu vergüten ([§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG](#)) (BSG, Urteil vom 27.11.2014, [B 3 KR 1/13 R](#), Rn. 9, juris).

Es ist zwischen den Beteiligten sowohl unumstritten, dass der Versorgungsauftrag der Klägerin die bei der Versicherten der Beklagten durchgeführte partielle Resektion des Pankreas: Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend (OPS-Kode 5-524.2) umfasst, als auch, dass diese Behandlung medizinisch indiziert war und nur unter stationären Bedingungen erfolgen konnte. Da sich aus den von den Beteiligten vorgelegten Unterlagen auch kein Anlass ergibt, an einer dieser Vergütungsvoraussetzungen i. S. d. [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) bzw. [§ 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG](#) zu zweifeln, drängen sich diesbezüglich auch keine weitergehenden Ermittlungen auf (vgl. zum Maßstab: Schmidt, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 103, Rn. 4, 7a f. m.w.N.).

2. Zur Überzeugung des Senates unterlag die Beklagte hinsichtlich der streitigen Behandlung auch keinem Leistungserbringerverbot.

Eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung Versicherter ist nicht im Rechtssinne "erforderlich" mit der Folge, dass das Krankenhaus hierfür keine Vergütung beanspruchen kann. Versicherte haben aufgrund des Qualitätsgebots ([§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V](#)) und des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) keinen Anspruch auf ungeeignete Leistungen, insbesondere auf ungeeignete Krankenbehandlung ([§ 27 Abs. 1 SGB V](#)) einschließlich Krankenhausbehandlung. Krankenhäuser sind dementsprechend – außer in Notfällen – auch innerhalb ihres Versorgungsauftrags weder befugt, ungeeignet zu behandeln noch berechtigt, eine Vergütung hierfür zu fordern. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes für alle Leistungsbereiche des SGB V (vgl. z.B. [BSGE 105, 271](#) = SozR 4-2500 § 40 Nr. 5, Rn. 27; [BSGE 113, 231](#) = SozR 4-2500 § 40 Nr. 7, Rn. 16). Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die KKn nicht bewilligen (vgl. [§ 12 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) sowie [§ 2 Abs. 1 S. 1](#), [§ 4 Abs. 3](#), [§ 70 Abs. 1 SGB V](#)). Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dieser Gesetzeskonzeption uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht (vgl. z.B. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 29 Rn. 14; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr. 9 Rn. 10 m.w.N.). Das SGB V macht keine Ausnahme hiervon für Krankenhausbehandlung (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014, [B 1 KR 62/12 R](#), juris).

Eine spezielle Ausprägung des Qualitätsgebotes (vgl. hierzu bereits BSG, Urteil vom

14.10.2014, [a.a.O.](#), Rn. 14) stellt Anlage 1 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß [§ 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) (in der bis zum 31.12.2015 gültigen Fassung) bzw. § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V (in der seit 01.01.2016 gültigen Fassung) für nach [§ 108 SGB V](#) zugelassene Krankenhäuser dar (im Folgenden weiter Mm-R) in der Fassung vom 20.12.2005 bzw. in der Neufassung vom 21.03.2006, in Kraft getreten am 21.03.2006, zuletzt geändert am 27.11.2015, in Kraft getreten am 24.12.2015. Der GBA hat in diesem Rahmen nach den einfachgesetzlichen Vorgaben für zugelassene Krankenhäuser einheitlich mit Außenwirkung im Range untergesetzlichen Rechts einen Katalog planbarer Leistungen beschlossen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses. Die nach [§ 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) (a. F.) bzw. § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V (n.F.) vorzusehenden Ausnahmetatbestände finden sich in Anlage 2 Mm-R.

Anlage 1 Nr. 4 Mm-R regelt für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas durch eine jährliche Mindestmenge von zehn Eingriffen pro Krankenhaus in diesem Sinne eine zwingende Qualitätsvorgabe. Sie sichert das Qualitätsniveau bei voraussichtlicher Unterschreitung durch ein eigenständiges Verbot der Leistungserbringung zusätzlich ab [[§ 137 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) (a. F.) bzw. § 136 b Abs. 4 S. 1 SGB V, BSG, Urteil vom 14.10.2014, [a.a.O.](#)]. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu (s. nunmehr ausdrücklich [§ 136 Abs. 4 S. 2 SGB V](#); vorher vgl. BSG a.a.O., Rn. 15, 19 ff.).

Der Senat geht dabei davon aus, dass Anlage 1 Nr. 4 Mm-R wirksam ist, d. h. insbesondere von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) (a. F.) bzw. § 136b Abs. 1 S. 1 2 SGB V n.F. gedeckt ist. Es sind weder verfahrensrechtliche noch materiellrechtliche Mängel in der Beschlussfassung erkennbar, noch werden diese von den Beteiligten erhoben (zum Prüfungsprogramm und -umfang: BSG, Urteil vom 14.10.2014, [a.a.O.](#) Rn. 26 ff. zu Nr. 6 Anlage 1 Mm-R = Knie-TEP; BSG, Urteil vom 17.11.2015, [a.a.O.](#), Rn. 17 ff. zu Nr. 8 Anlage 1 Mm-R = Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von 1250 g; bejahend speziell für Nr. 4 der Anlage 1 Mm-R: SG Aachen, Urteil vom 06.11.2014, S 15 KR 399/11, S 15 KR 399/11 unveröffentlicht).

Die nach den vorliegenden Unterlagen aus der Patientenakte durch die Klägerin bei der Versicherten Q durchgeführte partielle Resektion des Pankreas: Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend (OPS-Kode 5-524.2) fällt auch unter die in Anlage 1 Nr. 4 Mm-R aufgeführten Prozeduren.

Unstreitig hat die Klägerin die in Anlage 1 Nr. 4 der Mm-R vorgeschriebene Mindestmenge von 10 Eingriffen in 2015 nicht erreicht und unstreitig lag hinsichtlich der Behandlung der Versicherten Q kein Notfall oder sonstiger Ausnahmefall im Sinne von Anlage 2 der Mm-R vor.

Der Senat sieht es jedoch aufgrund der Gesamtumstände des Falles als erwiesen an, dass hieraus kein vergütungsausschließendes Leistungserbingerverbot in 2016 folgt.

Nach [§ 137 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2015 gültigen Fassung (im Folgenden a.F.) richtete sich die kalenderjährlich vorzunehmende Prognose für das Folgejahr maßgeblich danach, ob die Mindestmenge im abgelaufenen Kalenderjahr erreicht wurde (vgl. hierzu grundlegend: BSG, Urteile vom 14.10.2010, 27.11.2014 und 17.11.2015, je a.a.O.) während [§ 136b Abs. 4 S. 4 SGB V](#) in der seit dem 01.01.2016 gültigen Fassung (im Folgenden: n.F.) abweichend für die kalenderjährlich anzustellende Prognose das Erreichen der Mindestmenge im abgelaufenen Kalenderjahr lediglich als Regelfall für eine positive Prognose bezeichnet und in den S. 3-8 näheres zum Prozedere der Prognose regelt.

Zur Überzeugung des Senates ist unter Anwendung beider Gesetzesfassungen davon auszugehen, dass die Beklagte die durchgeführte Pankreasbehandlung auch in 2016 durchführen durfte und insoweit vergütungsberechtigt war, so dass es dahinstehen kann, ob das bis zum 31.12.2015 oder das ab dem 01.01.2016 geltende Recht zum Tragen kommt.

Aus diesem Grunde braucht der Senat ebenfalls nicht zu entscheiden, ob es von der Beklagten treuwidrig ist, sich darauf zu berufen, dass die Prognose für das Folgejahr aufgrund der Planbarkeit der Leistungen bereits zum Ende des Vorjahres vorliegen muss und nur aufgrund der dann vorliegenden Zahlen getroffen werden kann, wenn sie selbst nach übereinstimmendem Sachvortrag der Beteiligten im Verhandlungstermin die notwendigen Ermittlungen/die maßgebliche Datenerhebung erst zu Beginn des Folgejahres durchführt.

Nach beiden Gesetzesfassungen durfte die Klägerin für 2016 die berechtigte Erwartung hegen, die gesetzliche Mindestmenge voraussichtlich zu erfüllen.

§ 136b Abs. 4 S. 4 n.F. bestimmt, dass der Krankenhausträger für die Zulässigkeit der Leistungserbringung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen muss, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Nach S. 5 liegt dabei eine berechtigte mengenmäßige Erwartung in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat. Gemäß S. 6 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das Nähere zur Darlegung der Prognose. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen können bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen. Gegen die Entscheidung nach Satz 6 ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt.

Nach den Maßstäben dieser aktuellen Gesetzesfassung durfte die Beklagte trotz der Unterschreitung der Mindestmenge in 2015 davon ausgehen, dass sie in 2016 das vorgegebene Soll erreicht. Sie hat überzeugend dargelegt, dass eigentlich 12 Leistungen geplant gewesen sind und die Unterschreitung auf einer weder vorher noch später aufgetretenen Häufung von Abbrüchen zugunsten einer

Palliativversorgung (4 näher bezeichnete Fälle) bzw. der Ablehnung der Leistungen durch Patienten (weitere 2 ebenfalls mit Fallnummern angegebene Fälle) beruht hat. Seit 2010 hatte die Klägerin dagegen das normative Soll – mit gleichbleibendem Führungspersonal – stets (übererfüllt, bei 2015 handelt es sich auch retrospektiv um ein "Ausreißerjahr". Begründete Zweifel an diesem Sachvortrag hat die Beklagte zu keinem Zeitpunkt vorgebracht. Insoweit wird auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen. Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die starre Anwendung der Vorjahresregel im konkreten Fall eine unbillige Härte darstellen würde, die zu vermeiden erklärtes Ziel der neuen Gesetzesregelung war: So bestimmt [§ 136b Abs. 3 S. 1 SGB V](#) n.F., dass der GBA bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 gerade Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen soll, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. Die unter gleichbleibender fachärztlicher Leitung über Jahre entwickelte Leistungshistorie der Klägerin bietet für substantielle Qualitätszweifel – die entsprechend von der Beklagten auch nicht vorgetragen werden können – aufgrund des Jahres 2015 hingegen keinen Anhalt.

Doch auch nach den Vorgaben des alten Rechts war es der Klägerin zur Überzeugung des Senates nicht aufgrund von [§ 137 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) a.F. versagt, Pankreas-Eingriffe im Sinne von Anlage 1 Nr. 4 der Mm-R vergütungspflichtig durchzuführen. Vielmehr durfte sie auch nach diesen Maßstäben davon ausgehen, die mengenmäßigen Vorgaben voraussichtlich zu erfüllen.

Zwar ist der Beklagten zuzugeben, dass die höchstrichterlichen Rechtsprechung – der sich der Senat nach eigener Prüfung anschließt – für die Frage, ob ein Krankenhaus weiterhin mindestmengenrelevante Leistungen im Sinne von [§ 137 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) a.F. erbringen durfte, unter Berufung auf Entstehungsgeschichte und Regelungszweck in den entschiedenen Regelfällen maßgeblich darauf abgestellt hat, dass das Krankenhaus im zuvor abgelaufenen Kalenderjahr die fragliche Mindestmenge erreicht hat (vgl. nur BSG, Urteil vom 14.10.2014, [a.a.O.](#), Rn. 52; Urteil vom 27.11.2014, [a.a.O.](#), Rn. 42).

Jedoch handelte es sich bei den zu Grunde liegenden Sachverhalten jeweils um Fälle, in denen unabhängig von der Unterschreitung der Mindestmenge im Vorjahr auch unter Berücksichtigung der Gesamtsituation eine negative Prognose zu treffen war: Während die Entscheidung vom 14.10.2014 eine mit einer Fallzahl von 35 deutliche Unterschreitung der bei Knie-TEP vorausgesetzten Mindestmenge von 50 zugleich Nichterreichen der Werte der Übergangsregel von 40 bis 49 Eingriffen betraf bei zugleich rückläufiger Tendenz in den letzten drei Jahren und maßgeblich ursächlicher gezielter Bündelung der Eingriffe im Schwesternkrankenhaus, ging es in der Entscheidung vom 27.11.2014 (a.a.O.) um eine überdeutliche Unterschreitung der Mindestmenge in drei aufeinanderfolgenden Jahren.

Vorliegend würde es dagegen gerade auch im Hinblick auf die Berufsausübungsfreiheit der Klägerin ([Art. 12 I GG](#); vgl. hierzu: BSG, Beschluss vom 08.08.2013, [B 3 KR 17/12 R](#), juris, Rn. 6) jedenfalls eine nicht hinzunehmende unbillige Härte darstellen, wollte man die anzustellende Prognose unter

Außerachtlassung der jahrelang positiven Leistungshistorie und besonderen Umstände des Einzelfalles allein auf die Unterschreitung im Vorjahr reduzieren (vgl. BSG, Beschluss vom 08.08.2013, [a.a.O.](#), juris Rn. 4 "nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre"; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.01.2015, [a.a.O.](#), juris, Rn. 16, "Die geforderte Prognose, dass die erforderliche Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird, greift erst ein, wenn eine valide Einschätzung auf der Grundlage eines hinreichend langen Zeitraums möglich ist").

Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung im öffentlichen Recht (vgl. nur Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 23.03.2006, [1 BvR 1750/01](#), juris, Rn. 35; Bundesverwaltungsgericht [BVerwG], Urteil vom 22.05.1992, [8 C 50/90](#), juris, Rn. 14 m.w.N.; BSG, Urteil vom 04.12.1991, [2 RU 47/90](#), juris, Rn. 14 m.w.N.; BSG, Urteil vom 06.09.2007, B [14/7b AS 28/06 R](#), juris, Rn. 32 ff.) ist eine unbillige Härte ein atypischer Sachverhalt, der erheblich vom gesetzlich vorgesehenen Normalfall abweicht und deshalb gesetzliche Ausnahmeregelungen oder richterliche Ausnahmeentscheidungen gerechtfertigt erscheinen lässt und stellt eine allgemeingültige gesetzliche Ausprägung des verfassungsrechtlichen Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit dar. Die Auslegung als unbillige Härte führt in Ausnahmefällen, die wegen ihrer atypischen Ausgestaltung nicht im Einzelnen vorhersehbar sind und sich deshalb nicht mit den abstrakten Merkmalen der Gesetzessprache erfassen lassen, dazu, dass ein Ergebnis erzielt wird, das dem Normergebnis in seiner grundsätzlichen Zielrichtung gleichwertig ist. Es müssen hierfür außergewöhnliche, schwerwiegende, atypische und möglichst nicht selbstverschuldete Umstände vorliegen, die die betreffende Person unzumutbar belasten.

Diese Voraussetzungen sind hier gegeben. Im vorliegenden Fall geht es um eine lediglich einmalige Unterschreitung im Vorjahr (2015) zudem aufgrund besonderer Umstände innerhalb eines Zeitkorridors von sieben Jahren bei in den übrigen Jahren zum Teil deutlich überschrittenen Mindestzahlen und abgesehen von dem Ausnahmejahr positiver Tendenz und gewährleisteter Kontinuität in der fachärztlichen Betreuung. Die besonderen Umstände sind hier darin zu sehen, dass sich nach den schlüssigen und unwidersprochenen Angaben der Klägerin eine zunächst berechnete Erwartung von 12 die Mindestmenge problemlos erreichenden Eingriffen erst im Laufe des Jahres in dem Sinne zerschlagen hat, dass die Eingriffe in zwei Fällen von Patienten abgelehnt wurden und in vier Fällen ein Abbruch zugunsten palliativer Versorgung stattgefunden hat. Würde man von der Klägerin unter diesen Umständen bereits im Folgejahr die Preisgabe ihrer bewährten Infrastruktur abverlangen, auf die sie de facto in 2016 wieder nahezu unter Verdoppelung der Mindestmenge zurückgegriffen hat, wäre sie übermäßig belastet.

Die Annahme einer positiven Prognose unter Härtefallgesichtspunkten wird auch vom Wortlaut des [§ 137 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) a.F. gedeckt, der nur bestimmt, dass die entsprechenden Leistungen nicht erbracht werden dürfen, wenn die nach Satz 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird. Zwingende Vorgaben dazu, unter welchen Voraussetzungen die Prognose gerechtfertigt sein soll, dass die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, macht der Wortlaut

hingegen gerade nicht. Eine auch in einem Härtefall wie dem vorliegenden anzunehmende Beschränkung der Prognosegrundlage auf das Vorjahr ist also vom Wortlaut gerade nicht vorgegeben. Auch der Regelungszweck der Vorschrift, durch Schaffung von Mindestmengen eine qualitativ ausreichende Behandlungspraxis und damit eine Anhebung der Ergebnisqualität zu erreichen (vgl. BSG, Urteil vom 14.10.2014, [a.a.O.](#), Rn. 55), wird vorliegend durch eine angemessene Berücksichtigung der Gesamtumstände nicht unterlaufen, da aufgrund der Leistungsgeschichte der Klägerin nicht einmal die Beklagte stichhaltige Zweifel an der hinreichenden Praxis und Behandlungsqualität erhebt, zumal zusätzlich zu den sechs unstreitigen vier weitere Behandlungen begonnen, wenngleich aus medizinischen Gründen wieder abgebrochen wurden, so dass die Übungsgelegenheit faktisch bestand.

3. Die den Vergütungsanspruch bestimmende Prozedur OPS OPS 5-524.2 (partielle Resektion des Pankreas: Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend) ist hiernach zu Recht von der Klägerin kodiert worden und führt – was als Konsequenz unbestritten ist – zur Abrechenbarkeit der DRG-Fallpauschale 2016 H01B.

4. Sonstige Einwände gegen die Rechtmäßigkeit der Vergütungsforderung sind weder erkennbar noch wurden sie von der Beklagten erhoben.

5. Die Vergütungshöhe von jedenfalls EUR 15.609,36 folgt aus der Rechnung vom 10.05.2016 und ist zwischen den Beteiligten ebenfalls unstreitig.

6. Die Klägerin hat gem. [§ 69 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 291 BGB](#) auch Anspruch auf Prozesszinsen auf die geltend gemachte Forderung ab dem Tag der Rechtshängigkeit (Klageeingang: 22.12.2016, vgl. [§ 94](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG –). Für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern gelten die Zinsvorschriften des BGB entsprechend, soweit nicht in den Verträgen nach [§ 112 SGB V](#) etwas anderes geregelt ist (stRspr, vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 21.04.2015, [B 1 KR 7/15 R](#), juris, Rn. 21 m.w.N.). Für die Höhe der Zinsen gilt [§ 15 Abs. 1 Satz 4 KBV](#) (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2009, [B 1 KR 8/09 R](#), juris, Rn. 16 ff.).

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

IV. Anlass, die Revision zuzulassen (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)), hat nicht bestanden. Die vorgenommene Prognosebewertung für 2016 ergibt sich unter Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes im Einzelfall und weicht insbesondere nicht von der höchstrichterlichen Rechtsprechung ab, die über keinen vergleichbaren Ausnahmefall entschieden hat.

V. Der Streitwert für das Berufungsverfahren ist gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [52 Abs. 1](#) und [Abs. 3](#), [47 Abs. 1](#) des Gerichtskostengesetzes (GKG) in Höhe der mit der Berufung bestrittenen Behandlungskosten festzusetzen.

Erstellt am: 23.04.2019

Zuletzt verändert am: 23.04.2019